

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

419

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RUNES Moritz

Né le 22 Août 1910, à Cernauti (Roumanie)

**Les Manifestations Gastriques
de l'Urticaire**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, PARIS (V°)

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RUNES Moritz

Né le 22 Août 1910, à Cernauti (Roumanie)

**Les Manifestations Gastriques
de l'Urticaire**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

—
1936

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologi- que.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri ...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.



IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE .		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		HEITZ-BOYER .	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT ...		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ ...	
LIAN		VELTER	
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND-MERE,

A MES PARENTS,

Bien faible témoignage de ma tendre affection
et ma profonde reconnaissance pour tous les
sacrifices qu'ils ont bien voulu consentir
depuis de longues années. Je leur dois tout.
Mon affection n'égallera jamais toute la
reconnaissance que je leur dois.

A MON FRERE,

A MES TANTES,

A MES ONCLES,

A TOUS LES MIENS,

A MES AMIS.

A MON PRESIDENT DE THESE,

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT,
*Professeur de Clinique
de maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Président de la Société Française
de prophylaxie sanitaire et morale.*

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A M. LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER,

*Agrégé
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hôpital Cochin.*

Qui m'a inspiré le sujet de la thèse et m'a guidé au cours de l'élaboration. Qu'il soit assuré de ma vive reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR FRANÇOIS MOUTIER,

*Chef de Laboratoire
de la Faculté de Médecine de Paris.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS,

M. LE PROFESSEUR RATHERY,
M. LE PROFESSEUR TERRIEN,
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN,
M. LE PROFESSEUR MARION,
M. LE DOCTEUR METZGER, Professeur agrégé,
M. LE DOCTEUR DEVREIGNE,
M. LE DOCTEUR MILIAN,
M. LE DOCTEUR BABONNEIX.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE MATERNEL,

Que son souvenir nous guide dans l'accomplissement de notre tâche.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS - PARENTS
PATERNELS,

A LA MEMOIRE DE MON PROFESSEUR DE LYCEE,
DOCTEUR JULIEN PILPEL.

A LA MEMOIRE DE MON TRES REGRETTE AMI ET
CAMARADE DE LYCEE ET DE LA FACULTE,
CHAIM WEISSELBERGER,

Mort en faisant son devoir.

A MON DIRECTEUR DE LYCÉE,

M. VASILE VITENCU.

A M. VICTORIEN MALOSSANE.

A MADEMOISELLE SUZANNE MALOSSANE.

A MADAME REGINA EHRLICH.

PREFACE

Ayant pour compléter notre instruction médicale, fréquenté le Service du Docteur Paul Chevallier, à l'hôpital Cochin, nous y avons vu un grand nombre de faits, que nous n'avions pas lu dans nos livres, en particulier sur l'urticaire. M. Paul Chevallier a bien voulu nous permettre de consacrer notre thèse inaugurale à quelques-uns de ces faits. Les commentaires sont inspirés de ceux qui ont été publiés par MM. Paul Chevallier et François Moutier, au congrès de Dermatologie de Budapest (septembre 1935), à la Société de gastro-entérologie (l'eczéma des urticariens, janvier 1936) et du mémoire en voie d'impression dans les Annales de Dermatologie.

Les observations que nous rapportons sont celles du Service du Docteur Paul Chevallier : elles sont inédites.

Qu'il nous soit permis de remercier, ici, notre Maître, ainsi que son éminent collaborateur, le Docteur François Moutier.

SUR L'URTICAIRE

Les deux variétés symptomatiques de l'urticaire :

L'urticaire vulgaire, ou urticaire dermique et l'*œdème de Quincke*, ou urticaire hypodermique.

L'urticaire réaction locale, et l'urticaire maladie générale.

1°

L'urticaire a deux réactions cliniques, qui sont commandées par le siège de l'élément spécial.

DANS LE DERME à texture solide, se fait *l'urticaire banale*, éruption de « plaques surélevées, à contours irréguliers, variables en étendue, rosées ou rouges, souvent décolorées, d'un blanc porcellané, un peu déprimées au centre » (P. Merklen). « L'élément éruptif est une efflorescence saillante, bien circonscrite, de coloration rose clair, ou d'un blanc opalin, avec une auréole rose, de configuration arrondie, ou ovalaire, ou polycyclique de consistance ferme. Les dimensions habituellement nummulaires, varient de l'étendue d'une lentille à celle d'une nappe plus ou moins large » (Darier).

DANS LE TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANÉ, lâche, facilement infiltrable et extensible, la fluxion œdémateuse paroxystique « donne naissance à des tuméfactions souvent considérables, soudaines et transitoires » qui sont de couleur blanche, rosée, rarement rouge-sang, souvent « porcellaniques, au centre, et rose à la périphérie ». Elles sont généralement assez bien limitées et de consistance ferme. C'est l'urticaire œdémateuse de Hardy, l'œdème aigu angionévrotique, l'*urticaire géante*, la *maladie de Quincke*.

Il y a la même différence entre l'urticaire banale et l'œdème de Quincke, qu'entre le purpura rouge dermique et l'ecchymose hypodermique.

Le plus souvent les éléments de l'un et l'autre type sont purs. Cependant, il peut arriver qu'ils s'associent.

En une même région, on voit parfois une urticaire géante (primitivement sous-cutanée) surmontée de figures d'urticaire banale (primitivement dermique). On peut voir aussi une urticaire banale se prolonger dans l'hypoderme, par un large œdème qui est assez mou, sans garder l'empreinte du doigt.

Au cours d'une même crise, l'urticaire la plus banale s'accompagne souvent, dans les régions où la peau est fine et le tissu cellulaire lâche, abondant, comme les paupières, de tuméfactions importantes, en général moins bien limitées, moins tendues que l'œdème de Quincke typique, mais qui se relie manifestement à ce syndrome.

Chez un sujet voué à l'urticaire, l'éruption peut rester pure ou non. L'urticaire banale pure est une maladie fréquente, l'œdème de Quincke pur est une maladie moins

fréquente. Dans certains cas, les deux localisations s'intriquent, se juxtaposant et se succédant de façon indescriptible. Lorsqu'on suit de longues années un urticaire chronique, il arrive parfois qu'on voit l'urticaire banale faire place à un œdème géant.

2°

Deux sortes d'urticaire doivent être distinguées. D'abord l'urticaire locale par pénétration *ins situ* d'un poison doué de propriétés spéciales, le type en est l'urticaire par orties. Ensuite, l'urticaire d'origine interne qui « sort de la peau ». Nous ne nous occupons ici que de cette dernière.

HISTOIRE DE L'URTICAIRE DE L'ESTOMAC

L'urticaire des muqueuses visibles est connu depuis longtemps, surtout sa forme œdémateuse.

L'urticaire de l'estomac a été admis par certains auteurs, nié par d'autres.

Les ouvrages classiques décrivent seulement les crises gastriques de la maladie de Quincke. Dans 34 % des cas dit Collins (cité d'après Merklen) la poussée cutanée est accompagnée de troubles digestifs, anorexie, douleurs assez vives pour simuler une crise gastrique du tabès, vomissements alimentaires, bilieux ou aqueux très abondants, qui peuvent coïncider avec la fin de l'accès (beaucoup plus rarement des hématomés).

Le seul fait ancien que nous connaissions et qui démontre que les troubles gastriques sont dûs, au moins en général, à des urticaires géantes de l'estomac, est celui de Moriss, que nous citons d'après Török (Art. Urticaire, Traité de Jadassohn). Un malade atteint d'urticaire géante est pris d'une violente douleur gastrique, on prescrit un lavage de l'estomac ; la sonde ramène un petit fragment de muqueuse gastrique ; la coupe y démontre l'extrême dilatation des canaux lymphatiques, la dissocia-

tion des fibres du tissu conjonctif et la présence des vacuoles dans les cellules épithéliales.

La réalité et la fréquence de l'urticaire gastrique ne sont vraiment établies que depuis l'invention de la gastroscopie. Grâce à cet admirable moyen d'investigation, MM. Paul Chevallier et François Moutier ont découvert l'urticaire latente de l'estomac, cependant que M. R. Chevallier, examinant des malades considérés comme ulcéreux ou cancéreux, découvrait l'œdème géant qui provoque un syndrome pylorique.

ASPECTS OBJECTIFS D'URTICAIRES GASTRIQUES

I. — LES SIGNES DE L'URTICAIRE GASTRIQUE

A la gastroscopie, l'urticaire gastrique peut se présenter sous deux types :

I. *Le type urticaire banale.* — Par exemple dans un cas existant sur la petite courbure un groupe de quelques papules blanches œdémateuses allongées, à bords nets sans déchiquetures, ressemblant absolument à des papules d'urticaire. On aurait dit, écrit M. Moutier, que cette région de l'estomac a été frottée aux orties ; ce type semble très rare.

II. *Le type urticaire œdémateuse.* — Il existe alors une plaque œdémateuse souvent très vaste, qui fait très fortement bomber la région atteinte. Dans un des cas ci-après rapportés, deux gastroscopies ont pu être faites à huit jours d'intervalle ; on put ainsi assister à la régression de l'œdème et à la fragmentation de la plaque.

Tous les intermédiaires existent entre l'énorme tuméfaction et un œdème léger et discret qu'on reconnaît surtout au changement de couleur et à l'aspect lisse et tendre de la muqueuse, alors que le premier aspect est d'un

diagnostic évident, le second exige une grande habitude de la gastroscopie.

Des examens en série ont permis d'affirmer que l'œdème léger — et parfois fragmenté — représente souvent le stade terminal d'une poussée œdémateuse. Mais il ne saurait faire de doute que l'intensité des poussées même à leur acmé varie suivant les cas.

L'impression que donne à la vue la plaque œdémateuse ne saurait être décrite longuement : elle est exactement celle que donne l'œdème de Quincke banal de la peau. Sa surface lisse, tendre, mais elle ne brille pas. Sa couleur est blanche, un peu jaunâtre ou rosée parfois d'un roux franc ou d'un roux géranium (R. Chevalier). Des parties de différentes teintes peuvent se juxtaposer.

Il n'existe ni exsudat ni érosions.

II. — LE SIÈGE DES URTICAIRES ŒDÉMATEUSES

Le siège de l'œdème urticarien est variable.

A. — Œdèmes de la région fundique.

Dans le cas 2, le soulèvement pâle et régulier occupe la face postérieure du fundus.

B. — Œdèmes de l'orifice antral.

L'orifice antral et ses piliers sont les sièges de prédilection de l'urticaire œdémateuse de l'estomac. Des piliers

l'œdème urticaire déborde plus ou moins vers le fundus d'une part, l'antra d'autre part.

C¹. — *Œdèmes porto-fundiques.*

Dans le cas 1, un gonflement considérable soulève la petite courbure et la partie haute de la face antérieure ; le bombement œdémateux comprend en son milieu un second bombement surajouté. L'antra n'est pas modifié. Mais l'énorme gonflement a eu pour effet de faire subir à l'antra et au pylore une rotation de 120°. Ils sont directement en bas sud-ouest au lieu d'être en haut nord-ouest. L'antra de la cavité gastrique est très petite. Huit jours plus tard, il ne persiste plus qu'un état lisse de la face antérieure, mais roux et non plus blanc ; l'œdème avec pâleur de la muqueuse demeure appréciable encore à l'orifice de l'antra et comme d'habitude surtout au pilier antérieur.

Dans le cas 3, le bombement simulant occupe la base du pilier antérieur et déborde largement sur la face antérieure.

Dans le cas 4, il existe un œdème très prononcé des piliers et de l'angle gastrique qui bombe dans l'estomac en lèvres de tapir.

C². — *Œdèmes porto-antraux.*

« C'est bien souvent, écrit R. Chevalier, sur les piliers et la voûte du sphincter antral que l'œdème se développe au maximum ; parfois, il remonte un peu le long du segment susantral de la petite courbure ; mais le plus souvent, on est surpris de noter, dans les formes les plus

complètes, que l'œdème s'arrête net au-dessus du sphincter antri alors qu'il se répand dans l'antré ».

Le même auteur écrit un peu plus loin :

« Il existe un œdème généralisé qui atteint son maximum de développement sur le sphincter antri. Cet œdème bien qu'assez variable, présente deux aspects assez particuliers qui sont d'ailleurs fonction du type anatomique observé pendant les périodes d'accalmie. Dans le premier cas, le plus fréquent, l'œdème s'est développé sur une sorte de valvule demi-circulaire dont la face supérieure se continue sans aucune démarcation avec la petite courbure et les faces du fundus. Elle est limitée par un bord arrondi. L'œdème gonfle en masse cette valvule et boursoffle son bord libre. Dans le deuxième cas, plus rare, l'œdème se développe sur les piliers et la voûte du sphincter de l'antré qui présente entre les crises l'aspect d'un bourrelet assez étroit, saillant et finement spiralé. Le sphincter antri-œdématisé apparaît, de la sorte, comme un énorme boudin plus ou moins étranglé de place en place, limitant un passage rétréci où font saillie les formations œdémateuses de l'antré proprement dit..

« Les plis ont complètement disparu. Le petit pertuis central n'est pas le pylore, invisible, mais le point de rencontre des masses œdémateuses qui le surplombent. »

C³. — Œdème antropylorique.

M. R. Chevalier écrit :

Ce type consiste en « un œdème généralisé et intense de toute la région antropylorique masquant le pylore. La

grande courbure de l'antré, avec ses plis distendus, parfois complètement effacés, vient au contact des piliers et de la voûte du sphincter antri qui sont eux-mêmes le siège d'un gonflement considérable.

« Le bord libre de la voûte sphinctérienne, irrégulièrement boursoufflé, recouvre ainsi les formations œdémateuses développées sur la petite courbure de l'antré.

L'existence d'un œdème exclusivement juxtapylorique n'a pas encore, à notre connaissance, été démontré par la gastroscopie. Elle nous semble probable : les films radiologiques publiées par M. R.-A. Gutmann sont en faveur de cette idée. (M. Gutmann a donné de ces augmentations du pylore une interprétation un peu différente).

Remarque. — Suivant la phase à laquelle a été faite la gastroscopie, l'œdème est considérable et très étendu ou bien beaucoup plus limité. C'est en se basant sur ces faits que R. Chevalier écrit : « il ne s'agit pas, en réalité, de types gastroscopiques différents, mais de diverses phases d'évolution d'un œdème fugace antropylorique ». Nous ne partageons pas entièrement l'opinion du savant spécialiste de Lyon. Son interprétation n'est valable que pour certains cas. Il nous paraît démontré qu'il existe d'autres formes différentes d'œdèmes urticairiens.

III. — ÉVOLUTION

Les œdèmes urticairiens de l'estomac ont l'évolution classique de l'urticaire : apparition brusque, disparition rapide. Leur durée peut être courte. Etudiant les œdèmes

du type Quincke, R. Chevalier en a vu disparaître en vingt-quatre heures. Le plus souvent, semble-t-il, la durée est plus longue : trois à quatre jours ou davantage. Dans un des cas rapportés ci-après, la durée vérifiée par la gastroscopie fut de plus de huit jours.

IV. — LES TYPES FONCTIONNELS D'URTICAIRE GASTRIQUE.

I. — *Le type latent et le type dramatique.*

Deux types s'opposent : le type latent qu'ont découvert MM. Paul Chevallier et François Moutier en examinant systématiquement l'estomac des malades atteints d'urticaire banal ou de maladie de Quincke, et le type dramatique qu'a vu M. R. Chevalier gastroscopant des malades atteints de douleurs violentes.

Dans le *type latent*, les malades n'ont aucun trouble fonctionnel ; ils ne souffrent pas, ils n'ont pas de pesanteur gastrique, ils ne vomissent pas, ils ont de l'appétit, même encore : ils mangent et digèrent bien.

Dans le *type dramatique*, le syndrome le plus fréquent est le syndrome pylorique, avec vomissements, douleurs vives, etc. On pense à un cancer de l'estomac et surtout à une crise d'ulcus gastrique bas situé ou d'ulcus duodénal. Souvent ce tableau éveille au maximum l'idée d'une crise gastrique de tabès. Peut-être même certains tabès localisés à l'estomac qui ont été décrits autrefois, ne sont-ils que des poussées d'urticaire œdémateuses ? La même hypothèse s'impose pour la gastroxynesis de Rossbach, migraine gastrique durant quelques jours, qu'ont, suivant les époques et les écoles, rejetée les auteurs.

Dans d'autres cas encore, on pense à une névralgie intercostale, à une colique vésiculaire, à une pancréatite aiguë, etc. Une malade, dont nous rapportons l'observation ci-dessous, a souffert à plusieurs reprises de vives coliques dans la région épigastrique ; les douleurs faisaient le tour de la taille ; elles duraient un à deux jours. Le confrère qui fut appelé pensa à une affection hépatique ; nous croirions plus volontiers à un œdème de Quincke puisque MM. Paul Chevallier et Moutier l'ont vu une autre fois par la gastroscopie chez la même malade.

Entre les deux types, existent des *intermédiaires*. Ceux-ci sont de deux ordres : tantôt il s'agit de crises douloureuses légères, de vomissements de un à quelques jours, de névralgie modérée de la taille, etc., tantôt le même malade fait tantôt des crises latentes, tantôt des crises plus ou moins dramatiques. M. René Chevalier a montré par des gastroscopies répétées que « l'évolution de cet œdème se superpose assez exactement à celle de la crise gastrique pseudo-ulcéreuse. Le parallélisme est parfois très étroit, la douleur et l'œdème apparaissent et disparaissent en même temps. Quelquefois, l'œdème s'efface totalement dès les premiers signes de la sédation. Cette évolution synchrone s'observe également au cours de certains troubles de l'évacuation gastrique, de certaines sténoses pyloriques incomplètes pseudonéoplasiques ».

II. — *Les raisons des aspects cliniques différents.*

La sensibilité du sujet à la douleur, son nervosisme, ne jouent aucun rôle, MM. Paul Chevallier et Fr. Moutier

ont vu de gros œdèmes rester complètement latents chez des femmes extrêmement névropathes.

Le syndrome fonctionnel dépend de la forme des lésions et de leur siège.

La *forme* de l'urticaire superficielle n'entraîne aucun trouble fonctionnel notable et on le comprend facilement. Les gros œdèmes du type Quincke peuvent être latents ou provoquer un syndrome dramatique.

Cette différence de réaction ne s'explique pas par l'intensité du gonflement : nous rapportons une observation où l'œdème fut si énorme que l'estomac était tordu et sa cavité très réduite.

Le *siège* joue un rôle très prédominant. On peut poser les règles suivantes :

Un œdème fundique reste latent.

L'œdème antropylorique détermine un grand syndrome de douleurs et d'intolérance gastriques.

L'œdème porto-antral reste latent au moins dans la majorité des cas. S'il donne des signes fonctionnels gastriques, on peut supposer qu'il s'étend en même temps à tout l'antrum. Cependant la profondeur des lésions doit aussi être considérée ; il n'étonnerait pas M. Paul Chevallier que les douleurs en ceinture fussent dues à des urticaires œdémateuses de la petite courbure qui, atteignant la racine du petit épiploon, excitent les nerfs qui s'y trouvent nombreux.

L'ESTOMAC DES URTICAIRIENS QUI FONT DES ŒDÈMES GASTRIQUES

L'estomac est normal.

Aussi bien dans les formes dramatiques que dans les formes latentes, on ne découvre ni cancer, ni ulcère, ni autre *lésion grossière* ; la gastroscopie montre l'intégrité de la muqueuse, non seulement pendant l'accès, ce qui serait sujet à caution, mais encore après l'accès.

Dans l'immense majorité des cas, même, il n'existe pas trace de gastrite : l'estomac et la muqueuse sont tout à fait normaux.

Il en était ainsi dans quatre sur cinq des cas d'urticaire latentes de l'estomac que nous rapportons. Le suc gastrique et l'aspect de la muqueuse ne présentaient aucune particularité. Dans un cas seulement existait une gastrite mamelonnée en voie d'atrophie, avec d'ailleurs une teneur en acide chlorhydrique et en chlorures encore sensiblement normale.

Il n'est pas inintéressant d'insister un peu sur l'absence d'achlorhydrie et d'atrophie gastrique nette que l'on observe chez nos malades. Sans doute, il peut s'agir de hasard, mais ce serait extraordinaire, puisque plus des

deux tiers des urticairiens examinés par M. Paul Chevallier étaient atteints d'atrophie gastrique et que l'urticaire de l'estomac, à une demie exception près, n'a été vue que chez des malades à muqueuse normale et à bonne sécrétion chlorhydrique. On peut se demander si l'absence d'urticaire dans l'estomac de ceux qui ont la muqueuse atrophiée (c'est-à-dire amincie et infiltrée de petites cellules) n'est pas due à cette atrophie même : pour réagir le tissu conjonctif devrait être normal ou presque normal.

Une autre explication est possible à laquelle nous ne croyons pas, mais que nous devons signaler :

M. Paul Chevallier a montré qu'il existe schématiquement deux sortes d'urticaires chroniques : la plus commune est l'urticaire digestive qu'elle soit ou non franchement alimentaire ; cette urticaire disparaît par le régime hydrique, ne s'accompagne pas en règle d'éosinophilie, guérit ou s'améliore considérablement par le fer à très hautes doses et s'accompagne à peu près toujours d'achlorhydrie et d'atrophie gastrique.

L'autre variété d'urticaire chronique n'a aucun rapport avec le fonctionnement digestif ; elle est de froid, de chaleur, d'effort, etc. Elle s'accompagne habituellement d'éosinophilie nette, elle ne guérit pas par le fer, l'estomac y est normal.

Il est possible que les malades de cette dernière variété soit prédisposés à l'urticaire gastrique, alors que ceux de la première y sont rebelles. Répétons que nous pensons plutôt à un pouvoir d'arrêt de l'atrophie gastrique sur les manifestations gastriques,

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'URTICAIRE STOMACALE

I. — Lorsque l'*urticaire gastrique* (urticaire simple ou urticaire œdémateuse) *coïncide avec une urticaire banale ou une maladie de Quinck typique*, elle n'a, si elle est latente, qu'un intérêt philosophique. Quelle soit accompagnée de douleurs, la manifestation gastrique mérite d'être reconnue avec précision ; car elle permet d'exclure les hypothèses de maladies sérieuses des organes abdominaux, hypothèses qui sont parfois posées et ont souvent été résolues dans un sens défavorable au malade.

II. — Lorsque l'*urticaire gastrique est isolée*, sa connaissance est capitale. Elle a permis d'apporter en pathologie des notions nouvelles et de la plus haute importance.

A) *Les crises épigastriques dramatiques et bénignes.*

Cancer (à cause de l'amputation du pylore à la radioscopie), ulcère, tabès, coliques hépatiques et bien d'autres diagnostics ont été faits. Maintenant que l'on connaît l'œdème géant antropylorique, certaines nuances cliniques

et évolutives peuvent orienter le diagnostic. Mais il ne peut être affirmé que par la gastroscopie.

Des recherches ultérieures préciseront si l'inflammation aiguë bénigne œdémateuse de la région pylorique avec atonie subite de la poche stomacale, syndrome décrit par R.-A. Gutmann et Jahiel se confond avec l'œdème de Quincke strictement stomacal ; il semble probable que le syndrome de Gutmann englobe une partie des œdèmes géants urticairiens, antropyloriques, mais qu'il comprend d'autres maladies. R. Chevalier n'emploie d'ailleurs pas le terme d'œdème de Quincke, mais celui d'œdème anaphylactique.

B) *L'urticaire gastrique révélateur d'une diathèse urticairienne méconnue.*

Deux des observations rapportées ci-après sont particulièrement suggestives.

Un sujet présente, pour la première fois, une crise d'urticaire intense et généralisée, mais fugace. Bien qu'on ne puisse découvrir aucune cause qui l'explique, on pense à une intoxication passée inaperçue. Alors que le malade est complètement guéri, depuis plusieurs jours une gastroscopie montre un œdème géant du détroit antrofundique et fait penser, non plus à une urticaire accidentelle, mais à une diathèse exclusivement viscéraux.

Un autre cas est encore plus curieux.

Un artiste présente depuis des années ce syndrome que M. Paul Chevallier appelle prurigo capricieux bénin. C'est une affection caractérisée par des crises de prurit dans les régions les plus diverses des téguments, crises

de prurit qui ne s'accompagnent d'aucune modification de la peau. Chez ce malade les crises étaient particulièrement fréquentes et intenses, encore que toujours anarchiques et de siège imprécis. Or la gastroscopie a montré une petite plaque fundique qui semblait, dit M. Moutier, avoir été récemment frottée aux orties. C'est, entre autres arguments, sur ce cas que M. Paul Chevallier se base pour rattacher à l'urticaire-maladie, un certain nombre de prurigos capricieux sine materia.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cons... Simone, 43 ans, vendeuse, 17 juin 1935. Œdème de Quincke depuis un an et demi environ. A intervalles de quelques semaines, apparaissent avant ou après les règles, mais sans cause alimentaire, de grosses tuméfactions localisées presque toujours à la face, derrière les oreilles, sous les yeux. Chaque poussée dure huit à dix jours, elle est donc fort longue ; elle a un maximum très vite atteint, elle reste stationnaire, puis décroît lentement. Lorsque nous voyons la malade pour la première fois, l'œdème occupe l'œil droit : il est léger à la paupière supérieure, la paupière inférieure est au contraire très gonflée et ce gonflement s'étend en bas presque jusqu'à la narine. On remarque la couleur rouge sombre de la peau qui n'est pas la plus habituelle dans l'œdème de Quincke mais la peau ne présente pas en même temps d'éléments urticairiens.

De façon constante la malade digère mal. Peu de temps après avoir mangé, elle ressent une pesanteur épigastrique ; elle a des aigreurs, et parfois, deux à quatre heures après le repas rejette des aliments ou de la bile.

Suc d'histamine : sécrétion moyenne. Présence d'HCl : acidité libre 2,3 ; acidité totale 2,3 ; chlore total 4,5 ; donc sécrétion chlorique normale ou exagérée.

Glossite losangique médiane typique. Lépothrix axillaire discret. Le reste de l'examen ne décèle aucune particularité. Nervosisme modéré.

Globules rouges 4.392.000 ; hémoglobine 85 ; Vgl. 0,96 ; Aspect normal des hématies ; réticulocytes 0,5 %. Plaquettes 296.000, normales. Leucocytes 6.600. Neutrophiles 70 % (Arneth 10, 33, 43, 12,2) gran. normales. Eosinophiles 5. Basophiles 1. Lymphocytes 7 (dont 4,5 petits). Monocytes 17 (dont 9,5 sans grains azur). Wasserman et autres réactions négatives. Urée sanguine 0,40.

Gastroskopie 24 juin 1935. Estomac très particulier. L'antré et le pylore ont subi une rotation de 120° ; ils sont directement en bas sud-ouest au lieu d'être en haut nord-ouest. L'estomac est très étroit. Ces deux particularités sont dûs à un gonflement considérable qui soulève la petite courbure et la partie haute de la face antérieure. Le bombement comprend à son milieu un second bombement surajouté. La couleur en est légèrement plus pâle que celle du reste de la muqueuse. L'aspect est d'une infiltration œdémateuse. Cet œdème contraste avec l'aspect normal du reste de l'estomac. L'antré n'est pas modifié ; les contractions sont extrêmement actives et l'on voit une faux godronnée ; le pylore est invisible. De part et d'autre de la grande courbure, les plis fundiques sont normaux.

Cet œdème de Quincke de l'estomac est d'autant plus remarquable qu'actuellement la malade ne se plaint d'au-

cun trouble gastrique, en dehors des pesanteurs post-prandiales habituelles.

Il nous paraît cependant probable qu'en d'autres régions de l'estomac et des régions adjacentes, les poussées œdémateuses ne sont pas latentes. La malade nous raconte, en effet, qu'elle a été soignée pour le foie (boldo), d'ailleurs sans résultats, parce qu'il y a quelque temps, elle eut plusieurs crises douloureuses, sortes de coliques qui faisaient le tour de la taille, duraient un à deux jours et disparaissaient spontanément.

Une seconde gastroscopie a été faite huit jours plus tard. Elle montre une grande diminution de l'œdème, qui ne forme plus que des plaques mal limitées un peu saillantes dans la région auparavant déformée.

« L'œdème intense de la petite courbure, de la face antérieure et de la face de l'antré, qui s'opposait à l'introscopie de l'antré, a presque disparu : l'antré est visible. Il persiste encore un état lisse de la face antérieure, mais rosé et non plus blanc ; l'œdème, avec pâleur de la muqueuse, demeure appréciable encore à l'orifice de l'antré et, comme d'habitude, surtout au niveau du pilier antérieur ».

Traitement 3 grammes de fer par jour. Après 33 jours de cette médication, la malade n'a pas engraisé mais repris de l'appétit et ses troubles digestifs habituels sont, dit-elle, un peu diminués. Cependant, lorsqu'on la fait préciser, elle dit que les troubles post-prandiaux sont identiques : dès qu'elle mange, et à mesure qu'elle mange, il lui semble se remplir, « l'estomac est plein » ;

les malaises durent trois à quatre heures, le maximum suivant immédiatement la fin du repas.

L'amélioration consiste en ce que la malade a l'impression d'aller mieux et qu'elle a pu travailler sans avoir de malaises, à chaque instant, comme elle avait depuis quelque temps.

L'action sur l'œdème urticarien a été à peu près nulle. La malade est bien restée un mois environ sans crise ; mais, avant tout traitement, ses crises pouvaient durer plusieurs semaines, mais ne survenaient guère que tous les deux ou trois mois. La dernière crise visible est survenue vers le 13 août. Elle a été précédée d'une huitaine et pendant trois à quatre jours, de douleurs vives entre les épaules qu'on aurait dit siéger dans les eaux mêmes de la colonne vertébrale, entre la septième cervicale et la quatrième dorsale, cette douleur durait jour et nuit ; elle ne s'accompagnait d'aucun gonflement ; elles irradiaient dans l'épaule gauche, le bras gauche et s'arrêtaient au coude, à son sommet.

La crise cutanée consécutive a consisté en un gros œdème de l'œil gauche ; contrairement à ce qui se produit d'habitude (mais non de façon constante), l'œdème ne s'est pas promené d'un œil à l'autre, la crise a été moins forte, et n'a duré que cinq jours au lieu d'une dizaine.

Le 23 août, tout traitement est cessé depuis huit jours. Il n'y a pas d'œdème ; l'état général est satisfaisant. L'action du fer paraissant médiocre, on prescrit un autre traitement.

OBSERVATION II

Rig... Geneviève, 31 ans, 23 mai 1935. Urticaire depuis l'âge de 14 ans. Père âgé de 72 ans, robuste et bien portant. Mère diabétique, artérioscléreuse, emphysémateuse, sujette à des phobies récidivantes souffrant du foie, mais digérant bien.

L'urticaire est exagérée par les règles (surtout avant). la veille des règles il n'est pas rare que la malade ait des évanouissements ; elle est déclanchée par une joie ou une contrariété, le vent et le soleil ; elle apparaît aussi presque immédiatement quand la malade court, monte vite un escalier, etc. Enfin sans raison apparente. Les aliments aussi ne paraissent avoir aucune nocivité. L'organisme vénérien n'a aucune influence nocive. Il existe deux sortes de poussées. Les petites poussées sont analogues à celle qu'elle nous montre ce matin, elle est survenue après une émotion minime ; elle a été démangée fort pendant la nuit et le grattage a été violent. L'éruption est actuellement formée surtout de petites papules rouges disséminées sur les membres supérieurs et le tronc, papules qui ne démangent pas. Derrière les épaules, aux fesses, se retrouvent des plaques typiques d'urticaire. Les grandes poussées s'annoncent par une vive chaleur, des picottements à l'abdomen ; le cœur bat très vite, le pouls bondit. Si la malade peut se déshabiller, les phénomènes s'atténuent ; sinon survient une lipothymie avec perte de connaissance. A ce moment la malade est recouverte des pieds à la tête (sauf sur les doigts) de boursouflures blanches entourées

de rose. La chaleur intense dure trois quarts d'heure à une heure, puis claquements de dents pendant une demi-heure, enfin grande lassitude tout le reste de la journée. L'éruption s'atténue assez rapidement et après une heure ou deux, il ne reste que de petites plaques rouges. Pendant deux ou trois heures la peau, a remarqué la malade, est pourtant vilaine, terne et grisâtre. Les démangeaisons sont surtout vives à l'abdomen, aux aisselles, au cou, et, de façon générale, aux régions où la peau est fine.

Ces crises intenses et courtes ont une particularité rarement vue dans l'urticaire ; elles sont immunisantes, comme le sont les chocs anaphylactiques les plus typiques. Voici un exemple que nous raconte la malade. Elle va au casino et commence à danser. Presque aussitôt elle sent ses jambes lourdes, puis la crise se déclanche, généralisée ; après une heure, l'urticaire a disparu ; la malade se repose un peu ; et tout le reste de la nuit elle danse impunément. Lorsque la crise est finie, précise la patiente, elle « peut tout faire », tout ce qu'elle n'aurait pu faire avant ; elle est fatiguée, mais elle est préservée pour un temps qui va de deux à trois heures à douze, dix-huit heures.

Tous les traitements possibles ont été faits ; la malade a même eu recours à l'homéopathie dont les préparations ont, dit-elle, provoqué des malaises.

Digestions bonnes. Cependant, la malade a des pesanteurs post-prandiales et doit s'étendre une demi-heure aussitôt le repas fini ; l'ingestion de liquide pendant le repas augmente les pesanteurs. Ictère à l'âge de 18 ans ; après cet ictère, la malade fut examinée par le Docteur

Moutier qui ne trouva rien à l'estomac, et, en raison de la nervosité, fit mesurer le métabolisme basal qui fut normal. Actuellement dents, langue, forme de l'estomac normaux. Les matières sont souvent pâles ; elles sont moulées et lourdes (elles tombent toujours au fond de la cuvette). La malade a parfois un peu de bile dans la bouche le matin et quelques douleurs dans la région hépatique. On ne sent pas la vésicule et dans la région, la pression, même forte, est indolore. En revanche, on détermine au-dessous de l'ombilic une très légère douleur. La malade est habituellement constipée ; lorsque, sous l'influence de petits laxatifs, les selles sont normales, il n'existe plus aucune douleur spontanée.

Périphlébite en novembre 1934, après une angine avec éruption de boutons ; on voit la partie interne du tiers supérieur de la jambe gauche des veines dilatées entourées d'une teinte jaune d'ecchymose finissante.

Formation à 13-14 ans. Règles toutes les trois semaines ; l'avance exagère à l'occasion d'émotion (la gastroscopie a fait venir les règles huit jours trop tôt). Les trois ou quatre premiers jours, hémorragie très abondante, puis quelques jours d'écoulement sanguin minime. Jusqu'au mariage, vives douleurs le premier jour des règles, jamais de grossesse. Utérus et annexes normaux.

Système nerveux normal. Emotivité extrême : nous n'avons jamais vu de plus bel érythème pudique que chez cette malade. Vive activité intellectuelle.

Femme brune, assez grande, bien en chair.

Aucune adénopathie. Rate normale à la percussion. Cœur, etc., normaux. Tension artérielle 12-7 au Pachon.

Globules rouges 4.112.000 ; hemoglobine 90 ; valeur globulaire, 1,09 ; forme des hématies : normale en général, quelques hématies allongées ; taille, couleur et colorabilité normales ; réticulocytes 1 % . Plaquettes, 200.000, normales. Leucocytes 8.600. Neutrophiles 60,5 (Arneth 10, 33, 43, 14, 0), granulation normale. Eosinophiles 2,5. Basophiles 2. Lymphocytes 3,5 (5,5 petits). Monocytes 21,5 (14 sans grains azur). Temps de saignement allongé : 6 minutes en grosses gouttes, 16 minutes si l'on compte les petites gouttes très peu colorées.

Suc d'histamine : sécrétion abondante. Présence d'HCl ; acidité libre 1,7 ; acidité totale 2,4 ; CHI total 2,9. Gastroskopie 27 mai 1935. Muqueuse normale de teinte et d'aspect, plis normaux, aucune fragilité. La face postérieure du fundus présente un soulèvement anormal ; au sommet de la zone soulevée la muqueuse est beaucoup plus pâle.

Il semble que ce soulèvement est dû à un œdème localisé.

Cependant, nous pensons à la possibilité d'un soulèvement mécanique, en particulier par une tumeur pancréatique. Les différents examens ne confirment pas cette hypothèse. « Les selles sont moulées, brunes, alcalines ; les graisses sont parfaitement digérées, il n'y a ni cellulose digestive, ni amidon ; seuls les fibres musculaires sont assez mal attaqués, ayant pour la plupart gardé leurs angles et leurs stries, ce qui est un des signes précoces de l'insuffisance pancréatique ; stagnation colique droite probable (entamée ba coli très nombreux) » (Docteur

R. Goiffon). Les épreuves du kyste hydatique (Casoni, Weinberg) sont négatives (Lab. du prof. Gosset).

a) Le premier traitement prescrit a été ferrugineux à hautes doses (4 grammes par jour) aucune intolérance, mais aucun résultat.

b) Le 16 juin 1935, on supprime le fer et on le remplace par du pancréas à fortes doses (12 cuillerées à café par jour de pancréastase granulée).

Le 3 juillet, la malade vient nous dire qu'elle est guérie. En réalité, elle exagère un peu car si depuis huit jours elle n'a pas eu de crise, le déshabillage a fait apparaître sous nos yeux, en particulier aux faces externes des mains, de petites macules rouges ; ces petites macules rouges, qui ne démangent pas du tout, sont l'équivalent d'une crise d'urticaire et c'est ainsi, nous dit la malade, que ce sont toujours présentées les crises très atténuées. On peut donc admettre une presque guérison. La malade mange bien, elle mange en particulier des œufs étant très gourmande d'entremets.

On prescrit de continuer le traitement, reprenant café et thé afin de voir leurs effets.

c) L'essai du café est malheureux : les crises reprennent ; elles cessent dès qu'on le supprime.

d) Le flacon de suc pancréatique étant fini, la malade cesse ce médicament et continue le chlorhydrol. Pendant un mois tout est parfait : aucune crise ; « la malade nous bénit ».

e) Le 2 ou 3 août, bien que l'acide chlorhydrique soit continué, les crises reprennent. Ces crises ont les mêmes caractères que les précédentes : elles surviennent « alors

qu'on s'y attend le moins », parce que la malade a été frappée par un rayon de soleil, qu'elle a marché vite, qu'elle a ébauché une discussion avec son mari ou a appris une bonne nouvelle, etc. Cependant elles sont moins fortes, « elles ne gênent plus le cœur ».

f) Le 23 août, on redonne des extraits de pancréas (poudre de pancréas Vital) 6 à 8 gr. par jour. Le 30 août, la malade, pendant la dernière semaine « n'a jamais eu autant de crises, bien qu'elle ne prenne ni café ni thé ; il est vrai qu'elle est dans la période prémenstruelle et est, comme toujours en pareille occurrence, d'une extrême nervosité. Les crises sont relativement petites (généralisées, mais sans phénomènes lipothymiques) ; elles sont subintrantes. On redonne la première préparation qui avait paru réussir (suc pancréatique mêlé de suc intestinal).

Le 8 septembre 1935, échec complet du traitement. La malade étant venue à pied, nous assistons à une (petite) crise d'urticaire depuis son début jusqu'à la fin ; elle a duré quarante minutes environ. D'abord la face interne des membres supérieurs, puis les faces externes et le tronc, se couvrent de papules blanches, aplaties et très saillantes, larges de deux à trois millimètres environ, puis ces papules s'élargissent, prennent un contour moins régulier ; elles sont serrées dans les régions les premières atteintes. La comparaison de la malade est exacte : on dirait qu'elle a été frottée d'orties ; pendant les vingt premières minutes aucun erythème ; puis erythème qui envahit progressivement. Devenues rares, les papules s'affaissent de plus en plus ; elles ont alors en partie conflué et sont déchiquetées. En même temps sensation de

défaillance générale ; au début, angoisse cardiaque qui s'atténue peu à peu. Enfin quelques tremblements. La rougeur persiste encore avec un peu de gonflement irrégulier. La malade se lève éreintée. Le prurit a disparu.

OBSERVATION III

Weinb... Marie, 40 ans, 4 novembre 1935. Santé parfaite jusqu'au 15 août 1905. A cette date, crise d'urticaire généralisée des pieds à la tête avec les yeux très gonflés. Depuis, crise tous les jours ; en se levant le matin, vers 16 heures et le soir aussitôt le diner fini. La malade se réveille le matin avec de l'urticaire qui passe très vite. Les crises sont assez courtes : une à quelques heures. L'interrogatoire ne montre aucune influence digestive : digestion parfaite aux dires de la malade ; elle s'est mise depuis un mois au régime végétarien sans observer aucune modification dans ses crises d'urticaire. Le Docteur Collin lui a trouvé une douleur nette au point de Burney. En dehors des heures précitées, l'urticaire survient encore : au chaud (à l'air pas d'urticaire et si les mains sont mises dans l'eau).

Quatre enfants bien portants de 18 à 10 ans. Règles normales.

Globules rouges 4.216.090 ; hemoglobine 85 ; valeur globulaire 1 ; aspect normal ; réticulocytes 0,5 % ; Plaquettes 260.000 ; Gl. bl. 12.200. Neutrophiles 68,5 (Arneth 12, 40, 32, 15,1). Eosinophiles 3,5. Basophiles 1. Lymphocytes 10 (petits 3). Monocytes 17 (1 à grains d'azur). Wassermann négatif.

Suc gastrique d'histamine : HCl acidité libre 1,7, acidité totale 2,7, CHI total 4.

GastroscoPie, le 8 novembre 1935. Estomac de grandes dimensions. Très bonne tolérance à l'air. Aucune fragilité de la muqueuse. Aucune atrophie, ni aucun état pathologique de la muqueuse qui est rose pâle. Mais œdème urticarien de l'estomac : bombement succulent de la base du pilier antérieur, débordant largement sur la face antérieure, ayant cinq à six centimètres de diamètre.

OBSERVATION IV

Dic... Augustin, 43 ans, employé, 25 octobre 1935.

Sans aucune cause alimentaire, médicamenteuse ou autre, le malade a été pris, il y a trois jours, d'une crise d'urticaire. Il n'en avait jamais eu. Cette crise a commencé par les membres inférieurs, en vingt-quatre heures elle était répandue sur tout le corps. En même temps, état vertigineux, nausées sans vomissements, sauf ce matin où quelques mucosités bilieuses ont été rejetées. Pas de constipation.

L'examen montre une urticaire généralisée qui paraît en vue de disparition. Les plaques ne sont plus très gonflées, mais seulement légèrement succulentes et erythéma-teuses. Cependant sur les cuisses existent encore des pla-quards ortiés caractéristiques. Le dos des mains est un peu gonflé ; il l'a été beaucoup plus la veille. Prurit encore très vif.

Sang 30.10.34. Globules rouges 4.888.000 ; hemoglo-

bine 95 ; valeur globulaire, 0,77 ; réticulocytes 1 %. Plaquettes 264.000. Gl. blancs 10.400. Neutrophiles 77 (Arneth 20, 34, 39, 7,0). Eosinophiles 1,5. Lymphocytes 6,5 (2,5 petits). Monocytes 15 (4,5 à granulé).

Suc gastrique d'histamine : HCl acidité libre 1,6, acidité totale 2,5. CHI total 3,5. Gastros-copie 18 novembre 1935. Estomac hypertonique intolérant à l'air ; Kinesie normale. Aspect très nettement œdématisé. Œdème très prononcé des piliers et de l'angle gastrique qui bombent dans l'estomac en lèvres de tapis. Gastrite mamelonnée antrale généralisée, mais, chose très particulière, les mamelons paraissent en plusieurs endroits plats et nacrés. Sur la petite courbure, capillarités très visibles. Donc, gastrite mamelonnée à tendance atrophique très nette.

Le 4 décembre 1935, le malade a pris 2 grammes de fer par jour : l'urticaire a cessé le second jour et n'a plus reparu.

Le 19 décembre 1935 : état parfait ; seconde gastros-copie, ce jour : hypermyxie considérable ; gastrite mame-lonnée à petits éléments nappés par le mucus. Œdème léger de l'angle gastrique et des plis. Muqueuse fundique de la petite courbure et de la face adjacente pultacée. Antre normal. Aucune fragilité de la muqueuse. La muqueuse de la face antérieure est lisse. Résumé : muqueuse nettement améliorée.

OBSERVATION V

All... Constant, 27 ans, artiste peintre, 19 janvier 1935. Mâchoires, nez, extrémités d'acromégalique atténué. Marié et père d'un enfant bien portant.

Depuis un an, démangeaisons sur tout le corps, y compris le nez et les oreilles. Ces démangeaisons sont moins fortes le jour que la nuit, où elles se généralisent et peuvent être atroces ; exacerbation du prurit si le malade sue un peu. Le malade décrit ces démangeaisons non comme un prurit banal, mais comme des petites piqûres multiples ; il a la sensation d'insectes se promenant dans la peau (on n'a pu découvrir ni parasite — sa femme et son enfant ne se grattent pas — ni cocaïnomanie). Aucune lésion de grattage : le malade se frotte avec la main. Bonnes digestions. Langue normale. Grande nervosité et inquiétude psychique. Organes normaux. Radiographie de la selle vomique : image normale. Biopsie : structure de la peau absolument normale.

Sang : 19-1-35. Globules rouges 4.560.000 ; hémoglobine 85 ; valeur globulaire 0,93, aspect normal ; réticulocytes 0,5. Plaquettes 412.000 normales. Gl. bl. 63,5 (Arneth 17, 40, 38, 5,0). Eosinophiles. Basophiles 0,5. Lymphocytes 13 (9 petits). Monocytes 22 (0,5 à grains azur).

Suc gastrique d'histamine 19-1-35 : HCl : acidité libre 0,8, acidité totale 1,4, CHI total 2,4 ; Hypochlorhydrie.

Gastroskopie : 28 janvier 1935. Hypertonie, antre préfermé, cependant bien exploré. La muqueuse est très colorée, très plissée, très fragile. Sur la voie gastrique, c'est-à-dire la petite courbure, dans sa partie supérieure, on voit un groupe de quatre papules blanches, oblongues, à bords nets, sans déchiqueture, comme tracées au crayon, blanches, qui ressemblent absolument à des papules d'urticaire. Le malade est très attentivement suivi. Hanté par

son prurit, il revient sans cesse nous voir. Sédation, quelques reprises, puis reprise. Les crises sont les mêmes causes déterminantes. Elles sont capricieuses. Sur un fond de prurit généralisé, bouffées pruritiques de sièges très variables.

Le traitement a été rendu difficile par l'obsession du malade qu'il a des parasites sur la peau : il a été traité de gale une dizaine de fois ; il est à noter que les plus grandes irritations n'ont pas eczématisé la peau. Jusqu'à présent (août 1935), tous les traitements ont échoué (fer, rate, extraits génitaux, etc., etc., y compris des remèdes homéopathiques).

CONCLUSIONS

I. — La gastroscopie a montré la fréquence de l'urticaire gastrique (urticaire simple ou œdème de Quincke).

II. — L'urticaire gastrique peut être *latente* (urticaire légère, urticaire œdémateuse, mais localisée au fundus ou à la porte de l'antrum) ou *donner des symptômes importants* (œdème intense, localisation antropylorique).

III. — L'urticaire gastrique peut être *accompagnée* d'urticaire simple ou géante des téguments visibles, ou être isolée : forme gastrique pure de l'urticaire.

IV. — Lorsque l'urticaire gastrique donne des symptômes, on doit toujours y penser lorsque le malade est atteint de diathèse urticarienne avérée. Lorsqu'elle est isolée, seule la *gastroscopie* permet un diagnostic précis et d'éviter des erreurs néfastes comme cancer, ulcère, lithiase biliaire, etc.

V. — Lorsque l'urticaire gastrique est latente, elle ne peut être reconnue que par la gastroscopie.

VI. — La constatation d'une urticaire gastrique isolée

permet d'affirmer la fréquence des urticaires-maladies sans urticaire cutanée et de rattacher à l'urticaire-maladie des syndrômes cutanés, qui, jusqu'à présent, étaient considérés comme tout à fait distincts, en particulier certains cas de prurigo capricieux bénins.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Paul CHEVALLIER, François MOUTIER, A. SEVAUX, Z. ELY, W. STEVART et R. MOLINE. — La gastrite atrophique des urticairiens (Société de dermatologie 8 novembre 1934).

Sur l'estomac des urticairiens (Discussion de la communication de MM. R. GUTTMANN et R. JAHIEL) Société médicale des hôpitaux de Paris, 31 mai 1935, pages 968-969.

CHEVALLIER Paul et François MOUTIER. — L'estomac des urticairiens (Congrès international de dermatologie, septembre 1935, Budapest).

CHEVALLIER P. et MOUTIER Fr. — L'estomac des urticairiens. (Société française de gastro-entérologie, octobre 1935).

CHEVALLIER Paul et MOUTIER Fr. — Magenuntersuchungen bei Hautkrankheiten. (Die medizinische Welt 1935-1936).

PAVIOT et R. CHEVALIER. — Les syndrômes allergiques de la muqueuse gastrique. (Journal de Médecine de Lyon, 26 janvier 1936).

François MOUTIER. — Les lésions éphémères de la muqueuse gastrique.

TABLE DES MATIERES

Préface	9
Sur l'Urticaire	10
Histoire de l'Urticaire de l'estomac	13
Aspects objectifs d'Urticaires gastriques	15
L'estomac des Urticairiens qui font des œdèmes gas- triques	23
Valeur diagnostique de l'Urticaire stomacale	25
Observations	28
Conclusions	43
Bibliographie	45

